



POLÍTICA FINANCIERA

para Nebraska Orthopaedic Associates, LLP

Gracias por escoger Nebraska Orthopaedic Associates, LLP. Lo siguiente es una declaración de nuestra POLÍTICA FINANCIERA. Todos los pacientes deben aceptar nuestra POLÍTICA FINANCIERA antes de recibir tratamiento. Por favor entienda que el pago entero de su cuenta se considera una parte de su tratamiento.

MÉTODO DE PAGO: ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD & CARE-CREDIT. Se puede hacer arreglos de un plan de pago individual con los Asesores Financieros en nuestra oficina.

RESPECTO A SU SEGURO: Como una cortesía a usted, someteremos los reclamos médicos a su compañía de seguro. Cualquier balance después del procesamiento de nuestro reclamo, por su compañía de seguro, es su responsabilidad. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Usted es responsable de verificar si los proveedores pertenecen a la red de su compañía de seguro. No podemos enviar la cuenta a su compañía de seguro a menos que usted nos de la información completa de su seguro comercial, Medicare y Nebraska & Iowa Medicaid. Es su responsabilidad conocer sus beneficios de seguro, es posible que no cubra todos los servicios proveídos.

DEFINICIONES:

CO-PAGO: Una cantidad fija de dólares establecida por su contrato de seguro que se debe pagar en el momento de una visita en la oficina. Normalmente esta cantidad es entre \$15 y \$50.

DEDUCIBLE: Una cantidad anual de dólares establecida por su plan de seguro que es deducida de sus beneficios del seguro. Esta cantidad es su obligación y se debe pagar antes de recibir servicios de cuidado de servicios.

CO-SEGURO: Un porcentaje establecido por su compañía de seguro que es restado de sus beneficios de seguro. Este porcentaje normalmente es entre 10% a 30% y es su obligación pagarlo.

RESPECTO A LOS PLANES DE SEGURO en que somos proveedor participante: Se debe pagar todo co-pago antes del tratamiento.

CUANDO SE RECOMIENDA CIRUGIA: Para individuos con planes de seguro comerciales. Un representante financiero revisará sus beneficios y se comunicará con usted antes de la cirugía para informarle de sus gastos de bolsillo. Si se nota durante el proceso de verificación de seguro que usted tiene un deducible que no se ha cumplido y/o un porcentaje de co-seguro, usted será requerido prepagar una porción de esta cantidad. Si este prepago y el proceso del reclamo al seguro médico resulta en un sobrepago en su balance de cuenta, usted recibirá un reembolso de nuestra oficina.

PACIENTES DE PAGO PROPIO: Se requiere un pago inicial de \$150.00 en la primera visita. Tendrá que hacer un arreglo financiero para todos los servicios proveídos.

LESIÓN PERSONAL/ACCIDENTES DE AUTOMÓVIL: Requerimos que se establezca un arreglo financiero para el pago completo en el momento de servicio por los casos de lesión personal. Necesitamos una copia de su Tarjeta de Seguro Médico o un pago inicial de \$150.00 en la visita inicial. No somos partes de ningún caso de litigio o demanda hecha por lesiones personales.

RESPECTO A LESIONES EN EL TRABAJO: Someteremos los reclamos de Compensación al Trabajador con la compañía de seguro de Compensación al Trabajador de su empleador. Autorización escrita o por teléfono se requiere de su empleador antes del tratamiento. Si no se consigue autorización previa, usted es responsable por el pago completo en el momento de recibir servicio. Si el asegurador de compensación al trabajador de su compañía no ha pagado su cuenta en total dentro de 90 días de su fecha de servicio, el balance será transferido a su cuenta y es su responsabilidad pagar en total para la fecha de vencimiento.

CHEQUES DEVUELTOS. Un cargo de \$25.00 será añadido a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes. Si su cheque es devuelto, tendrá que pagar por adelantado el total en efectivo, Visa o MasterCard por servicios adicionales.

COLECCIONES. Reservamos el derecho de mandar su cuenta a una agencia de colecciones si se determina que es incoleccionable.

La firma significa la recepción y entendimiento de nuestra póliza financiera.

X

FIRMA del Paciente o Persona Responsable

ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

(pg 6)